

Contribution à l'étude des Hernies Rétropéritonéales paraduodénales

THÈSE

présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier,

le 7 avril 1937

PAR

Henri HYGOUNENC

Né à Rodez, le 1^{er} Avril 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse :	{	MM. ETIENNE, professeur, <i>Président</i> ,	}	<i>Assesseurs.</i>
		DELMAS Jean, professeur,		
		JANBON, agrégé,		
		ROUX, agrégé,		

Imprimerie GEORGES SUBERVIE
RODEZ

1937

Contribution à l'étude des Hernies Rétropéritonéales paraduodénales

THÈSE

présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier,

le 7 avril 1937

PAR

Henri HYGOUNENC

Né à Rodez, le 1^{er} Avril 1912

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse :	{	MM. ETIENNE, professeur, <i>Président</i> ,	{	<i>Assesseurs.</i>
		DELMAS Jean, professeur,		
		JANBON, agrégé,		
		ROUX, agrégé,		

Imprimerie GEORGES SUBERVIE
RODEZ

1937

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	
Histologie	
Physiologie	
Chimie biologique et médicale	
Physique médicale	
Anatomie pathologique	
Microbiologie	
Pathologie et thérapeutique générales	
Thérapeutique et Matière médicale	
Hydrologie thérapeutique et climatologie	
Hygiène	
Médecine légale et médecine sociale.....	
Pathologie médicale et clinique propédeutique.....	
Clinique médicale	}
Clinique chirurgicale	
Clinique obstétricale	
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge....	
Clinique de dermatosyphiligraphie	
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	
Clinique des maladies des voies urinaires.....	
Clinique gynécologique	
Clinique ophtalmologique	
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Matière médicale (ch. de c.).....	
Radiologie	
Anatomie (Ch. de c.).....	
Histologie (Ch. de c.)	

MM.
J. DELMAS
TURCHINI
L. HEDON
CRISTOL.
PECH
GRYNFELTT.
LISBONNE
BOSC
BOUDET
PUECH
CARRIEU
GAUSSEL
GIRAUD
VIRES, <i>asses.</i>
RIMBAUD
MASSABUAU
RICHE
P. DELMAS
EUZIERE, <i>doyen.</i>
LEENHARDT
MARGAROT
ETIENNE
JEANBRAU
LAPEYRE
VILLARD
TERRACOL
CABANNES
LAMARQUE
LAUX
GRANEL

Honorariat

RODET, TEDENAT, VALLOIS, FORGUE, ESTOR, BERTIN-SANS
et GALAVIELLE.

Chargés de Cours complémentaires.

Pathologie expérimentale	
Pathologie externe	
Médecine opératoire	
Accouchements	
Clinique phthisiologique	
Clinique propédeutique médicale	
Clinique des maladies contagieuses	
Stomatologie	

PAGES
AIMES
SOUBEIRAN, <i>ag. libre.</i>
COLL DE CARRERA
GAUSSEL, <i>prof.</i>
BAUMEL
JANBON
D ^r WATON.

Agrégés en Exercice

Médecine	{	MM.
		BOULET
		PAGES
		JANBON
		BAUMEL
		VIDAL
		P. RIMBAUD

Chirurgie	AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Obstétrique.	COLL DE CARRERA
Bactériologie	CARRERE
Ophtalmologie.. . . .	DEJEAN

Examineurs de la Thèse.

MM. ETIENNE, *professeur-président.*
DELMAS Jean, *professeur.*

MM. JANBON, *agréé.*
ROUX, *agréé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MA GRAND'MERE

A MON PERE ET A MA MERE

*Qui se sont imposés pour moi
les plus durs sacrifices ; modeste
mais fervent témoignage de mon
affection et de ma reconnaissance.*

A MA FEMME,

*Pour l'immense réconfort
que je lui dois.*

A MES BEAUX-PARENTS

A MA SŒUR CARMELITE,

Lumière et guide de ma vie.

A MES SŒURS,

*Humble expression de ma
tendresse fraternelle.*

A MES BEAUX-FRÈRES ET BELLE-SŒUR

A MES TANTES ET A MES ONCLES

A MA TANTE ET A MON ONCLE CHARLES CABAL,

Qui m'ont si affectueusement aidé.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE,
MONSIEUR LE PROFESSEUR ETIENNE,
*Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile
et d'Orthopédie,*

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse inspirée par lui ; qu'il veuille bien trouver ici toute notre gratitude et nos remerciements pour l'accueil qu'il nous a réservé dans son service, avec l'assurance que son souvenir et son enseignement resteront la ligne de conduite de notre carrière.

A MON JURY DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR JEAN DELMAS,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JANBON,
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ROUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR LAPEYRIE

A MONSIEUR LE DOCTEUR CABANAC

A TOUS MES MAITRES
DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX
DE MONTPELLIER

Contribution à l'étude
des hernies rétropéritonéales
paraduodénales

INTRODUCTION

M. le Professeur ETIENNE ayant reçu dans son service où il fut opéré un petit malade atteint d'une hernie rétropéritonéale de la presque totalité du grêle, hernie appartenant au groupe un peu confus des hernies dites paraduodénales, nous a confié son observation pour en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Nous nous sommes proposé tout d'abord de dresser la statistique et la bibliographie à ce jour de cette lésion, dont la description n'a pas encore pris droit de cité dans les traités classiques.

Cette revue générale présente quelques difficultés :

Les hernies rétropéritonéales groupées dans la monographie initiale de JONNESCO, en 1890, comprennent certains types qui demeurent bien individualisés, comme les hernies dans les fossettes péri-cœcales, intersigmoïdes, et l'hiatus de WINSLOW, nous ne les envisagerons pas dans ce travail. Le groupe des hernies périoduodénales, au contraire, renferme des observations très disparates.

Certains admettent indiscutablement l'interprétation pathogénique de JONNESCO ; ce sont des hernies par distension progressive des fossettes pré-existantes rétroduodénale, duodéno jéjunale, duodénale inférieure, para-duodénale, duodénales supérieure et inférieure. Mais déjà une certaine confusion se glisse dans la terminologie, les auteurs étrangers adoptant d'autres dénominations (fossettes de Treitz, de Broesike, de Grüber Landzert, de Waldeyer, recessus intermesocolicus transversus).

Par contre, il paraît bien paradoxal de décrire sous le nom de paraduodénales des hernies dont le collet se trouve dans la fosse iliaque droite, des encapsulement péri-intestinaux par le grand épiploon. Certaines descriptions même évoquent un groupe d'affections encore bien mal individualisées, celui de la péritonite encapsulante, et d'autres des diverticules duodénaux.

La tentative de TOLDT (1893), essayant de revenir à la conception d'une fossette unique dont les autres ne sont que des dérivés, celle de POISSON (thèse de Paris, 1895), inspirée par ROGIE, n'ont pas réussi à faire admettre une unicité quelconque. Le terme « d'intestin grêle, entièrement rétropéritonéal » employé par GRÉGOIRE, a été critiqué par LENORMANT, parce qu'il ne facilite guère les recherches bibliographiques et parce qu'il a été employé lui aussi pour décrire des lésions très différentes. Il

était cependant excellent, car il ne préjugait en rien de la pathogénie et que de situation anormale, ectopique, qu'elle soit congénitale ou acquise, qu'elle soit dûe à un phénomène mécanique ou inflammatoire, dérive toute la maladie.

Dans ce groupe d'attente il aurait ensuite été facile de sérier les cas semblables.

A défaut de ce terme, il faut bien conserver celui de *hernie rétropéritonéale*, quitte à spécifier ensuite, mais avec quelque prudence dans l'emploi des termes anatomiques, à quelle variété cette hernie appartient ; en se basant sur la situation du collet et son rapport avec les vaisseaux et en ne se dissimulant pas qu'une telle classification est artificielle, puisqu'elle repose sur l'étude d'éléments anatomiques variables, dont « l'explication demeure encore pour certains d'eux impossible » (FREDET).

Sous ces réserves, nous étudierons les hernies rétropéritonéales, dont le type se rapproche de notre cas personnel, publiées sous les noms de : *Hernie interne* (STEINKE), *hernie de la fossette para-duodénale*, *hernie totale rétropéritonéale du grêle* (OBERLIN), *hernie duodénale*, *duodénojejunale*, *rétopéritonéale congénitale* (SUMMER), *rétopéritonéale mésentérique* (FLECHTENMACHER), *duodénale gauche* (SORRA), *mésentérico-pariétale*, *hernie de Treitz*, *paraduodénale externe*, *hernie dans le méso-colon descendant*, *hernie de l'angle duodéno-jejunal*, *hernie de Waldeyer*, etc...

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION I

(Due à la bienveillance de M. le Professeur ETIENNE.)

S... Michel, garçon âgé de 15 ans, entre dans le service de Chirurgie Infantile, pour occlusion intestinale, le 20 octobre 1936.

Hospitalisé dans le service des contagieux pour fièvre typhoïde, il était en pleine convalescence, apyrétique depuis quinze jours.

Depuis trois jours, l'enfant se plaint de douleurs abdominales assez bas situées et para ombilicales, accompagnées de vomissements bilieux et de constipation.

EXAMEN. — A l'examen, on constate une augmentation du volume de l'abdomen qui est asymétrique avec une voussure plus marquée à gauche et en bas, donnant au ventre la forme d'un ovoïde à grand axe oblique en bas et à gauche.

Tympanisme généralisé. Douleur diffuse peu intense à la palpation, rien de caractéristique au toucher rectal.

Un lavement opaque est donné pour s'assurer

qu'il ne s'agit pas d'une obstruction siégeant sur le sigmoïde en raison de la forme de l'abdomen ; il pénètre facilement jusque dans le cœcum ; rien à signaler au cours de sa progression ni dans les aspects radiologiques constatés.

On met le malade aux *antispasmodiques* (spas-malgine) et le matin et le soir, il reçoit des *injections de sérum chloruré hypertonique*.

Une légère rémission se dessine, mais le lendemain les vomissements reparaissent, l'abdomen est plus tendu et il semble que de temps à autre s'ébauche un peu de péristaltisme au-dessous et à gauche de l'ombilic.

L'état général reste bon, le pouls n'a pas varié, il reste à 72, la température à 37° 3 ou 37° 4. Mais ni selles ni gaz n'ont été émis.

Une *exploration digestive par ingestion opaque* est décidée. Ingérée à midi, la bouillie barytée est encore en majorité dans l'estomac qui est étiré transversalement, et paraît refoulé vers le haut par une masse convexe sur laquelle il s'étale.

Il n'y a pas de contractions péristaltiques. Un peu de bouillie barytée est passée dans le grêle, mais très peu. Grâce à elle, on observe des niveaux liquidiens surmontés de gaz dans 3 ou 4 anses grêles fortement dilatées.

Il y a manifestement un obstacle qui paraît siéger sur le dernier segment du grêle.

INTERVENTION. — Opérateur, Docteur LAPEYRIE.

Anesthésie locale, complétée par quelques bouffées de chlorure d'Ethyle.

Incision dans la fosse iliaque droite par dissociation musculaire.

Le cœcum est fixé à la paroi postérieure, sur son bord interne, on voit la base de l'appendice qui plonge vers le détroit supérieur et le promontoire noyé dans des adhérences anciennes solides qui brident en même temps la terminaison du grêle en l'appliquant contre la paroi postérieure. Le dernier segment du grêle est aplati et contraste avec une anse sus-jacente très dilatée qui fait issue dans le champ opératoire.

On agrandit l'incision pariétale en haut et en bas et l'on procède à une appendicectomie rendue difficile par les adhérences qui empêchent l'extériorisation de l'organe et du cœcum.

On explore ensuite vers la ligne médiane les adhérences péri-appendiculo-cœcales ne paraissant pas capables, à elles seules, de causer l'occlusion.

Au doigt, on trouve une bride solide, de plusieurs millimètres d'épaisseur tendue entre une anse grêle et le bassin.

En écartant fortement, on voit cet arc fibreux très vascularisé, plongeant en bas vers le pelvis où il se fixe, se continuant en haut sur le bord libre

de la dernière anse iléale, où des vaisseaux importants l'accompagnent.

Tout ceci a l'apparence d'un reliquat du diverticule de Meckel.

La section de la bride ne permet pas d'extérioriser l'anse, qui est retenue par les vaisseaux que nous venons de signaler. Des adhérences serrées existent autour de l'iléon, en ce point leur libération entraîne une dépéritonisation sur deux ou trois centimètres. La mise en place d'un sac de Mikulicz s'impose pour faire l'hémostase de toute ces surfaces cruentées qui saignent en nappe. Autour de lui on rétrécit les divers plans de l'incision.

Suites. — Le lendemain 21 octobre, l'enfant est peu choqué, le poulx, le faciès sont bons. Mais l'abdomen est dans le même état qu'avant l'intervention où le météorisme a toujours une forme assymétrique, l'enfant a vomi une fois dans la nuit.

Vers 16 heures, l'enfant recommence à présenter des crises de coliques très vives après une nouvelle injection de sérum chloruré hypertonique intraveineuse.

A 19 heures, le diagnostic d'occlusion persistante conduit à poser une indication de réintervention opératoire, mais cette fois par laparotomie médiane, puisque les importantes libérations effectuées n'ont pas levé l'obstacle.

DEUXIÈME INTERVENTION. — Opérateur, Docteur LAPEYRIE.

Anesthésie générale à l'éther.

Dès l'incision on trouve deux anses grèles très distendues, puis, au-dessus, une surface étalée qui occupe toute la partie supérieure de l'incision opératoire et qui donne d'abord l'impression d'une anse surdistendue. Même consistance, même surface, même couleur.

On essaye de contrôler la position de celle-ci, mais à notre vive surprise, il est impossible, avec le doigt, de faire le tour de cette masse, qui se prolonge de tous côtés.

On prolonge en haut l'incision pensant trouver le bord supérieur de cette paroi, dont l'origine commence à intriguer fortement. « Il ne s'agit pas de l'estomac, nous n'avons pas de courbure visible, pas de colon transverse, pas d'épiploon ; il s'agit d'un organe sous-mésocolique.

Malgré l'agrandissement vers le haut, la masse est tellement volumineuse que l'on arrive pas à passer le doigt au-dessus.

Alors, au cours de cette exploration, l'on s'aperçoit qu'il y a quelque chose d'assez mobile et souple derrière cette paroi, dont la consistance rappelle celle de l'intestin.

Par transparence, on voit des traînées foncées

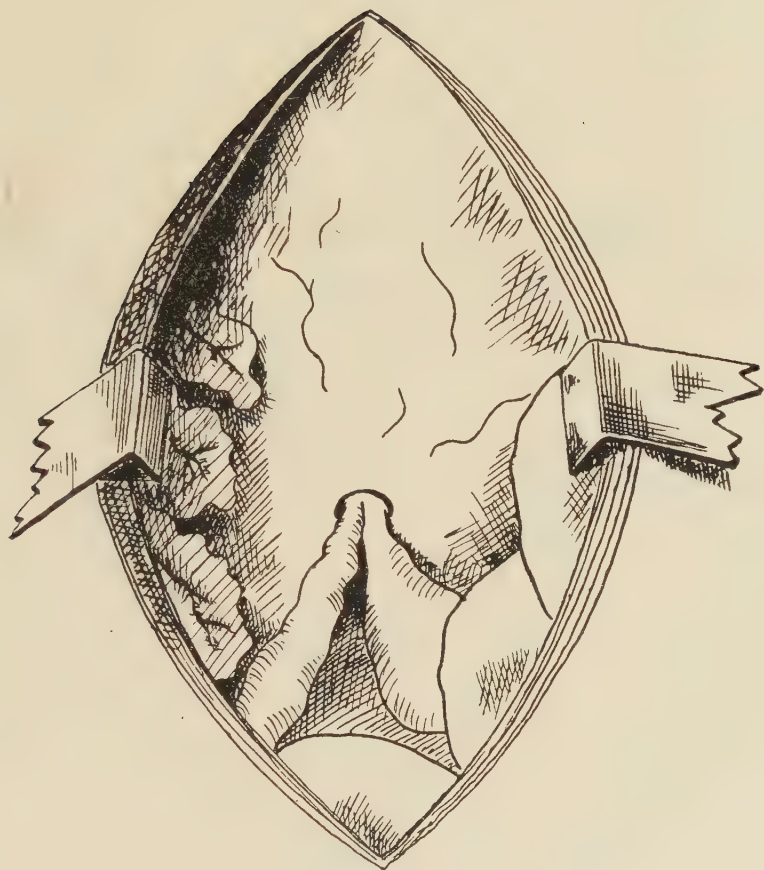


FIG. 1.
Orifice herniaire
et ce que l'on constate à l'ouverture de la cavité péritonéale,
les anses grèles étant écartées.

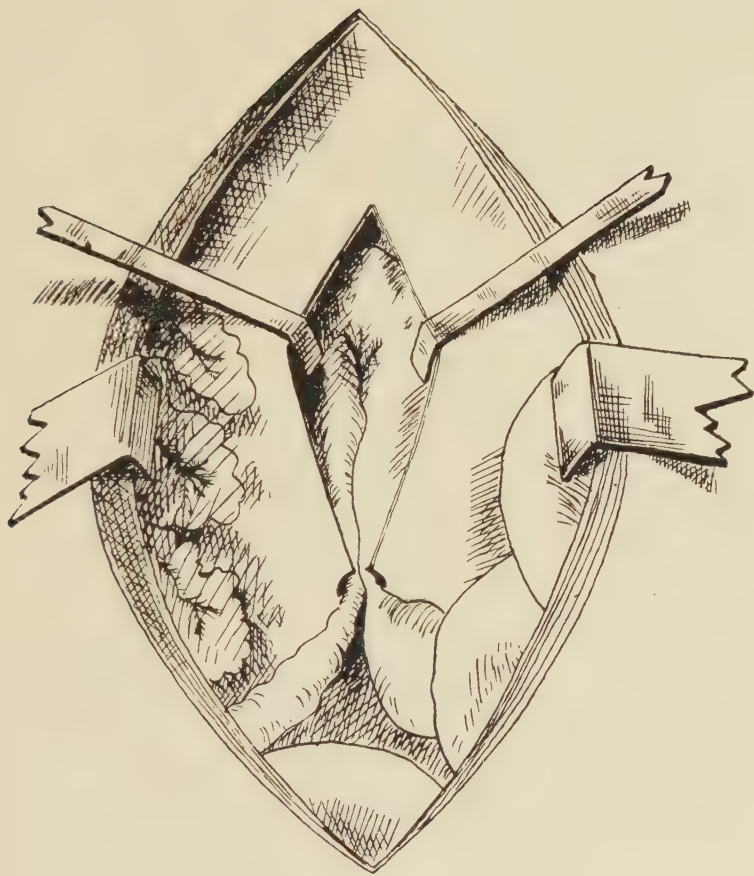


FIG. 2.

Sac fendu verticalement de bas en haut en partant de son orifice.

que l'on fait glisser en déplaçant les organes sous-jacents à cette paroi. On les interprète d'abord comme les vaisseaux d'un organe sous-jacent, mais bientôt on voit qu'il s'agit d'interstices séparant des anses intestinales dilatées et juxtaposées au-dessous de cette poche.

En explorant dans la région du mésentère pour rechercher les relations des anses grèles que l'on avait précédemment trouvées dans ce champ opératoire et celles qui apparaissent par transparence, on découvre, au doigt, un orifice. Cet orifice que l'on situe volontiers sur le bord gauche des premières vertèbres lombaires est limité en avant par un rebord épais et fibreux formant une arête solide, en forme de gueule de four. Une anse pénètre à l'intérieur avec un côté afférent et un côté éfférent (fig. 1).

L'anneau ne fait pas une striction, aucune adhérence n'existe. On peut donc avec une certaine facilité désinvaginer ce grèle. Après avoir ainsi dévidé plusieurs mètres, on rencontre quelques difficultés pour terminer : les pressions douces exercées sur la poche ne peuvent faire sortir les dernières anses, dilatées.

On se décide alors à inciser la membrane, mais sans aller jusqu'à l'incision du rebord, dans la crainte d'y sectionner quelque vaisseau important (fig. 2).

On peut ensuite disséquer la région de cet orifice, il est fibreux ; s'il existe des vaisseaux, ils sont thrombosés et transformés en cordons pleins.

On résèque alors la plus grande partie de cette poche, ce qui achève de libérer le grêle et l'on termine par une suture au fil de bronze.

Une revue générale de la cavité abdominale a montré l'intégrité du colon transverse et de son méso, elle a montré que seule la terminaison de l'iléon n'était pas incluse dans la poche.

Cette poche, indépendante de tout viscère, sans aucun signe inflammatoire, paraît due à une formation congénitale indépendante du méso-colon transverse et du mésentère, vraisemblablement fossette para-duodénale.

Les adhérences trouvées au cours de la première intervention sont dues à la persistance de débris omphalo-mésentériques, et, peut-être, celles qui noyaient la région iléocœcale à la typhoïde que le malade vient d'avoir.

Suites. — Le choc opératoire est vite surmonté par des injections de sérum salé intraveineuses et sous cutanées.

Dès le lendemain, l'enfant évacue des gaz et trois selles liquides, qui font disparaître le météorisme.

Alimentation reprise le cinquième jour.

Ablation progressive du Mikulicz, des agrafes, et des fils de bronze. Cicatrisation sans incidents.

Sort en parfait état le 2 décembre 1936 (43^e jour).

ETIOLOGIE

Les volumineuses hernies rétropéritonéales, quoique rares, ne sont pas exceptionnelles. CADENAT en 1925, HARTMANN en 1926, rapportant devant la Société Nationale de Chirurgie les cas de BERNARD-BEIG et de CHRISTOPHE, rappelaient les travaux initiaux de TREITZ (1857) ; la monographie de JONNESCO (1890), qui groupait les 63 premiers cas publiés, puis les statistiques et les observations de MOYNIBAN, ANDRIEU, NAGEL, NOVAK, SUSMAN, LEWIN et ELLIS, NICOLAS, SHORT, LOWER, et HIGGINS, ils arrivaient au chiffre de 167.

Plus récemment, BROHEE, en 1931, trouve 175 cas.

Depuis la communication d'HARTMANN, notre bibliographique nous a permis de retrouver ces cas et de dépouiller 24 observations plus récentes portant le total à 191 cas publiés.

L'article de FORTINI permet de donner une idée de la fréquence relative de ces hernies : sur 25.000 autopsies, il a trouvé 5 cas.

Le sexe paraît jouer un rôle très net puisque sur les 24 publiés récemment, 23 concernent des hommes.

La manifestation clinique ou la découverte de la hernie est en général tardive, seuls le cas de LOWER et HIGGINS et le nôtre concernant des enfants, tous

les autres concernent des adultes ou même des vieillards.

Le siège de la hernie envisagée dans son ensemble et sans préjuger de sa pathogénie, montre que les hernies gauches sont beaucoup plus fréquentes : 101 à gauche, pour 31 à droite (HARTMANN), 18 à gauche pour 5 à droite dans les cas publiés depuis.

En fait, nous le verrons, cette distinction n'est pas toujours nettement possible dans certains cas atypiques.

Certaines lésions associées ont été signalées ; persistance de débris omphalo-mésentériques, diverticule de Meckel, briéveté anormale du mésentère ; elles sont très inconstantes ; dans la règle, les autres abdominaux sont normaux dans leur forme et leur situation.

Aucune autre particularité étiologique susceptible d'éclairer la question ne mérite d'être retenue.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous consacrerons un développement assez important à cette étude anatomo-pathologique, il facilitera la classification pathogénique consécutive.

CARACTÈRES COMMUNS. — Le caractère commun de toutes ces hernies, c'est la présence de la presque totalité de l'intestin grêle dans leur intérieur. Ceci les distingue dès l'abord des hernies péricœcales, rétro-sigmoïdiennes et des hernies de l'hiatus de Winslow.

Le deuxième caractère commun est leur situation : envisagées en masse, il s'agit de hernies sous-mésocoliques plus ou moins bien circonscrites par le cadre colique, et grossièrement le terme de juxta-duodénales peut, à la rigueur, leur convenir.

Enfin, un deuxième caractère commun est la présence d'un sac péritonéal, c'est ce qui les distingue des hernies à travers un orifice anormal, par exemple à travers une déhiscence du mésentère ou du mésocolon transverse.

SIÈGE. — Sans nous occuper pour l'instant du siège du collet de la hernie, si l'on considère le siège global de la tumeur herniaire, on peut distinguer trois types :

Les hernies situées à *gauche* de la ligne médiane, ce sont de beaucoup les plus fréquentes, on en trouve actuellement plus d'une centaine de cas, elles sont décrites sous des noms divers : hernies de Treitz, hernies duodeno-jéjunales, para-duodénales, hernies dans le mésocolon descendant, ce seront surtout les hernies de ce type que nous aurons en vue dans notre description.

Les hernies situées à *droite* de la ligne médiane sont plus rares, il n'en existe guère qu'une trentaine de cas publiés, elles répondent à un type assez caractéristique : ce sont *les hernies de Waldeyer*, dites encore *hernies duodénales droites*, *hernies mésentérique pariétales* ; le grêle s'engage derrière la corde mésentérique constituée par le tronc de l'artère et de la veine mésentérique, incomplètement accolées à la paroi abdominale postérieure.

En voici un cas typique communiqué à la Société Nationale de Chirurgie par BERNARD BEIG (B. M. Société. Chir. 1925, rapport de CADENAT).

OBSERVATION II

Homme d'une quarantaine d'années. Occlusion suraiguë depuis quatre jours, météorisme droit accusé, pas de péristaltisme.

Laparotomie. Tout le grêle est situé dans une vaste poche formée en avant par le colon droit et son méso, en arrière par la paroi abdominale postérieure. Le collet de la hernie est formé par l'artère mésentérique supérieure adhérente seulement à ses deux extrémités.

Désinvagination. Mort 10 heures après.

Certaines enfin, par leur origine et surtout par leur développement sont des *hernies médianes* et soulèvent, parfois, des problèmes sur lesquels nous aurons à revenir.

Les dimensions du sac herniaire sont le plus souvent considérables, puisque la totalité ou presque de l'intestin grêle y est contenue. Les termes de comparaison dont se servent le plus volontiers les auteurs sont ceux d'une tête d'enfant ou d'adulte (KUNTSCHER), d'un ballon de football (LONGACRE). Ces hernies peuvent être plus volumineuses encore.

OBSERVATION III (résumé).

SUMMER : *The British Medical Journal*, N° 3562, 13 avril 1929, p. 678.

Homme de 66 ans, troubles intestinaux depuis plusieurs années. Occlusion depuis trois jours. Opéré par laparotomie para-médiane. Pas d'intestin libre à part le colon et les derniers centimètres de l'iléon. La cavité abdominale est remplie par une tuméfaction formée d'un feuillet épais derrière lequel on aperçoit les anses grêles. Incision du feuillet antérieur de ce sac, libération. Mort.

Autopsie : Tout le grêle est contenu dans un énorme sac formé en arrière par le péritoine pariétal postérieur et en avant par un feuillet péritonéal épais. Celui-ci contient en haut le pancréas, le duodénum et l'angle duodéno-jejunal. Le jejunum à son origine est contenu dans ce feuillet et s'en dégage peu à peu pour devenir libre dans l'intérieur du sac. Le mésentère a une insertion courte. L'orifice du sac, large de deux doigts laisse passer l'iléon tout seul ; gros intestin, méso-colon transverse normaux, ce dernier s'insère en partie sur le sac.

OBSERVATION IV

HARTMANN : *Bulletin et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, T. LII, 1926, p. 100.

Homme 63 ans. Obstruction de plus en plus nette. Périltisme, météorisme médian.

Laparotomie : les anses sont visibles sous un mince feuillet séreux qui les recouvre en totalité constituant un sac dont l'orifice siège au voisinage du cæcum regardant à droite. Réduction progressive des anses, hors de la poche qui est ensuite ouverte. Section d'un vaisseau assez gros, transversal, ce qui libère une anse étranglée. Mort dans la nuit.

Autopsie : Montre qu'il s'agit d'une hernie retropéritonéale contenant tout le grêle encadrée par les colons, descendant jusque dans le colon sigmoïde. Orifice limité par la fosse iliaque droite et en avant par un repli fibreux. La poche occupe toute la paroi abdominale postérieure. Le duodénum est normal. Une fossette duodénale inférieure occupe sa place habituelle et s'étend jusqu'à sous les vaisseaux mésentériques.

Nous étudierons maintenant successivement : *la paroi* de la poche, *l'orifice* ou collet herniaire, *le contenu*.

LA PAROI. — Les parois du sac herniaire sont loin de présenter un aspect unique. Minces et transparentes comme dans l'observation ci-dessus d'Hartmann, elles acquièrent souvent une épaisseur plus considérable et une structure qui éveille immédiatement l'idée d'un processus pathologique.

La tumeur herniaire prend ainsi des aspects très différents : « On dirait un organe sous mésocolique, dont l'aspect est celui de l'intestin grêle considérablement augmenté de volume, a-t-on noté dans l'observation que nous a confié M. le Professeur ETIENNE. »

Dans les cas les plus fréquents, l'aspect est celui d'un méso normal et l'on reconnaît même à quel organe il appartient, colon droit, colon transverse :

OBSERVATION V (résumée).

HALIWELL : *The British J. of Surg.*, Vol. XXI, N° 83, janv. 1934, p. 398-403.

Homme, 38 ans. Obstruction chronique du grêle : douleurs apparaissant demi-heure après les repas et parfois terminées par un vomissement.

Inspection : péristaltisme dans le cadran supérieur gauche de l'abdomen.

Examen aux rayons X : Dilatation des anses grêles marquée surtout dans la partie droite de l'abdomen.

On opère avec le diagnostic d'occlusion du grêle probablement par hernie retropéritonéale.

Sous le colon transverse volumineux sac, au-dehors aucune anse visible, par transparence on devine des anses grêles. On agrandit l'orifice qui est situé au voisinage de l'angle duodeno jejunal et qui regarde à gauche. On peut sentir au-dessus l'artère mésentérique supérieure. On ouvre la partie antérieure du sac ; mais sous ce feuillet péritonéal l'intestin est complètement adhérent. On se reporte alors du côté de l'orifice d'entrée dont on sectionne la partie inférieure en libérant aussi loin que possible les anses grêles avoisinantes.

Guérison. Revu en bonne santé quelques mois après.

Dans la plupart de ces cas et c'est là une très importante notion anatomique, pathogénique et thérapeutique, la paroi du sac est parcourue par des vaisseaux que l'on reconnaît être des vaisseaux coliques.

Parfois cependant cette paroi était avasculaire et ces cas soulèvent d'importants problèmes pathogéniques, tels sont notre cas personnel et peut-être

aussi celui de KUSCHEVA, qui a pu réséquer la plus grande partie de la poche.

Enfin la structure de la poche peut être tout à fait particulière, modifiée par un processus pathologique plus ou moins caractérisé.

OBSERVATION VI (résumée).

FLECHTENMACHER : *Zentralblatt f. Chir.*, t. LVI, N° 21, 25 mai 1929, p. 1284.

Homme, 38 ans, sans antécédents ; brusquement occlusion aiguë : météorisme médian, pas de péristaltisme. Le palper rappelle les signes d'un kyste de l'ovaire tordu.

Rachi. Laparotomie médiane. Tumeur kystique à paroi épaisse. On ne voit pas l'intestin grêle. Incision de la tumeur. Il s'écoule un peu de liquide et l'on voit des anses distendues. La paroi du sac épaisse de 2 millimètres renferme tout le grêle. L'orifice se trouve sur la paroi abdominale postérieure, au milieu d'une ligne allant de l'angle iléo-cæcal à l'angle duodeno-jejunal ; son bord est rigide et parcouru par l'artère colique droite ; on voit à son niveau une anse qui pénètre dans le sac et une autre qui en sort. Réduction de l'intestin et résection du sac. On enlève l'appendice adhérent et on invagine et on enfouit un diverticule de Meckel coexistant. Guérison après un abcès de la paroi et des difficultés pour évacuer les matières et les gaz pendant dix jours.

Seule la présence d'une artère colique dans la paroi permet de classer cette observation dans le cadre qui nous occupe, l'aspect et l'épaisseur de la poche, la présence de liquide dans la cavité éveillent bien plutôt la comparaison avec ce processus,

encore si confus de la péritonite encapsulante. Sur-tout si, comme dans notre cas personnel, il n'y avait pas eu de vaisseaux dans la paroi et comme dans celui d'HALIWELL, des adhérences avaient bloqué les anses dans le sac (Obs. V.).

Enfin la paroi qui englobe l'intestin peut être constituée, non plus par un méso plus ou moins modifié, mais par le grand épiploon. C'est alors sans doute faire un abus des termes que de parler de hernie. Toutefois, le résultat anatomique et clinique est identique. A l'ouverture du ventre, les anses iléo-jejunales sont bloquées dans un sac péritonéal ; à l'intérieur de ce sac l'intestin est libre, il est difficile, à première vue, de faire le diagnostic ; tels sont les cas de REID et de HEPWORTHS, et celui N° 1 de LORIN-EPSTEIN, qui les rapporte :

OBSERVATION VII (résumée).

LORIN-EPSTEIN : *Archiv. f. Klinisch Chir.*, t. CLXXI., fasc. 4, sept. 1932, p. 744-758.

Homme, 57 ans, décédé dans un accident de la rue, autopsie médico-légale : Encapsulement de presque tout l'intestin grêle de la troisième portion du duodenum à quelques centimètres en amont de l'angle iléo-cæcal. La membrane qui le recouvrait formait une longue poche ovoïde se présentant verticalement à droite du colon descendant, dépassant largement la ligne médiane ; la paroi de cette poche était constituée par un tablier épiploïque se raccordant au péritoine postérieur un peu au-dessus et à droite de l'angle recto-sigmoïdien. Les bords

droit et gauche du sac sont également adhérents aux parties homologues du péritoine pariétal postérieur en dedans des racines des méso-colons ascendant et descendant. L'aspect était celui d'une variété de hernie duodéno-jejünale de Treitz.

Enfin on pourrait rapprocher de ces cas complexes, ceux de CLELANDS et de CRYMBLE, comparables à la deuxième observation de LORIN EPSTEIN (loc. cit.).

OBSERVATION VIII (résumée).

Au cours d'une autopsie médico-légale l'auteur a trouvé une incarceration complète du grêle dans une poche d'aspect mince translucide, mais solide et élastique ; ici il ne s'agissait plus du grand épilploon, mais bien d'une anomalie congénitale telle que le colon transverse était rétropéritonéal en situation basse, et tout le grêle faisait hernie dans l'arrière cavité. La paroi du sac était alors entièrement constituée par le ligament gastro-colique considérablement allongé entourant de toute part le grêle.

LE COLLET HERNIAIRE. — Présente à étudier sa situation et ses rapports avec les vaisseaux.

Dans les *cas typiques*, le collet de la hernie est situé : pour les hernies droites : entre le flanc droit de la colonne vertébrale en arrière et l'arcade vasculaire mésentrique supérieure en avant ; pour les hernies gauches l'orifice occupe le siège d'une fossette duodénale.

D'après la statistique de FARLINI, c'est la fossette

para-duodénale qui, de très loin, est la plus fréquente : 68 % contre 48 % pour la fossette duodénale supérieure, et, 14 % pour la fossette duodéno-jejunale. Aussi, n'est-on pas surpris de voir le plus souvent le collet herniaire constitué par les replis péritonéaux qui bordent la fossette para-duodénale, c'est-à-dire par la faux de l'arcade vasculaire de Treitz.

Cette situation du collet règle les rapports de la hernie avec les vaisseaux : l'artère mésentérique supérieure court dans la lèvre antérieure du collet des hernies droites et constitue l'agent d'étranglement.

A gauche, c'est l'artère colique gauche supérieur qui joue le même rôle, ou plus haut, la crosse de la veine petite mésaraïque.

Mais il existe des *cas atypiques* : le collet de la hernie siège alors dans un endroit fort éloigné de toute fossette péritonéale normale ou inconstante : sur le bord gauche du cœcum, regardant à droite (obs. IV., HARTMANN), en pleine région lombaire regardant en bas (Obs. I). Sans aucun vaisseau important dans le collet ou dans la paroi antérieure.

On ne saurait donc considérer la présence de vaisseaux nourriciers dans le collet de la hernie comme la règle, et si cette constatation complique le problème pathogénique, elle simplifie singulière-

rement les manœuvres opératoires, lorsqu'on opère une telle hernie lorsqu'elle est étranglée.

Enfin le collet herniaire peut faire défaut. Le sac est alors dépourvu de tout orifice : tels sont les deux cas de LONGACRE :

OBSERVATIONS IX et X (résumées).

LONGACRE : *Sugary, Gynecol. and Obstetrics*, vol. 59, N° 2, août 1934, p. 165-177.

I. — Nègre mort de troubles respiratoires sans avoir présenté le moindre signe d'occlusion intestinale. A l'ouverture de l'abdomen on voit une grosse masse arrondie du volume d'une tête d'adulte occupant tout le côté gauche de l'abdomen et débordant même à droite. Cette masse contient tout l'intestin grêle sauf les 5 ou 6 derniers centimètres de l'iléon. Le sac a une paroi lisse plus ou moins transparente : les deux tiers du colon transverse et le colon gauche sont appliqués sur la masse ; le colon droit est normal. Àuprès de la terminaison du grêle un petit cul de sac péritonéal s'enfonce au-dessous d'une bride qui va du sac à la région iléo-cœcale, mais nulle part on ne peut découvrir d'orifice faisant communiquer l'intérieur du sac avec la cavité péritonéale.

La paroi antérieure du sac est formée de deux couches séreuses entre lesquelles cheminent les branches des vaisseaux coliques gauches qui vont de droite à gauche pour se terminer dans le colon descendant. La paroi postérieure du sac est formée d'une couche séreuse qui, à gauche, se continue avec le feuillet postérieur de la paroi antérieure du sac. Tout l'intestin grêle recouvert de péritoïne se trouve normalement dans le sac, sans adhérence. L'angle duodeno-jejunal se trouve à sa place normale avec le muscle de Treitz et le repli duodeno-colique supérieur. La racine du mésentère occupe sa place normale. Les vaisseaux mésentériques supérieurs sont normaux comme distribution.

II. — Nègre mort de tuberculose pulmonaire sans troubles gastro-intestinaux ; on avait constaté dans l'abdomen une masse qu'on avait prise pour une grosse rate.

A l'ouverture de l'abdomen, tout le gros intestin est refoulé à droite tandis que le côté gauche est occupé par une grosse masse du volume d'un ballon de foot-ball, constitué par un sac qui comprend tout l'intestin grêle moins les 7 derniers centimètres. La paroi du sac est formée par deux couches de péritoine. Pas d'orifice à ce sac. Le gros intestin à droite est normal, le transverse court, descend directement en bas le long du bord droit du sac et se continue vers le sommet du sac avec le colon descendant et l'S iliaque, particulièrement exhubérants. L'intestin grêle est normal de même que l'angle duodéno-jejunal, avec ligament de Treitz et fossette para-duodenale supérieure. Le mésentère est court et son insertion presque verticale. Les vaisseaux mésentériques inférieurs naissent à droite du mésentère et descendent donner leurs branches pelviennes, puis donnent la colique gauche qui décrit une grande courbe de droite à gauche entre les deux feuillets péritonéaux qui constituent la paroi antérieure du sac tandis que sa paroi postérieure n'est formée que d'un seul feuillet.

CONTENU DU SAC HERNIAIRE. — Un premier caractère très remarquable de ces hernies est la présence du seul intestin grêle, dans leur intérieur on ne rencontre jamais le grand épiploon et, sauf des cas très rares, le gros intestin.

Le grêle est, en général, contenu en totalité ou presque dans le sac herniaire, sauf les derniers centimètres ou les dernières anses. Lorsque quelques anses grêles seulement sont incluses dans le sac, leur découverte opératoire présente de très réelles difficultés, ainsi s'expliquent les cas de Brohée, de Christophe et celui que nous rapportons, dans lesquels la hernie fut complètement mécon-

nue au cours d'une ou de plusieurs laparotomies successives.

OBSERVATION XI (résumée).

BROHEE : *Archives des Maladies de l'App. Digestif*, T. XXI, N° 7, juillet 1931, p. 794-812.

Femme de 53 ans, troubles digestifs datant de 25 ans. Première intervention en février 1925 : fixation de l'angle splénique ; deuxième intervention en février 1927 : hystérectomie totale avec ablation de l'appendice ; suites opératoires pénibles : persistance des troubles digestifs. Enfin une troisième opération, pratiquée en avril 1931, permet de reconnaître une hernie para-jujenale gauche qui est réduite. L'angle duodeno-jujenal est décollé et abaissé. L'angle dièdre résultant de cette mobilisation est alors oblitéré par des points de suture. La guérison est cette fois parfaite et se maintient cinq mois plus tard.

L'intestin contenu dans la hernie est le plus souvent fort à l'aise, ce qui explique la découverte tardive, voire même l'absence complète de signes de la maladie qui souvent est une découverte d'autopsie.

Cependant l'intestin peut s'étrangler et parfois d'une manière extrêmement brutale, ce qui amène des phénomènes de sphacèle précoce et très étendu :

OBSERVATION XII (résumée).

BRODERSEN : *Norsk Magazin for Loegevidenskaben*, An XCII, N° 9, sept, 1931, p. 952-955.

Homme, 30 ans. Troubles dyspeptiques depuis 2 ans. Actuellement une crise plus forte a abouti à un ileus complet. Intervention : étranglement du grêle dans une fossette duodénale qui oblige à pratiquer la résection de 1 m. 50 d'intestin. Guérison.

Ces étranglements brutaux, avec gangrène étendue paraissent surtout fréquents dans les hernies droites, dans lesquelles l'artère mésentérique supérieure joue le rôle d'agent de strangulation. Probablement aussi, dans ces cas, la torsion du mésentère le long de l'axe artériel joue-t-elle un rôle.

En voici un autre exemple :

OBSERVATION XIII (résumée).

KUSCHEVA et MALINOWSKY : *Zentralblatt f. Chir.*, T. LIV, N° 9, fév. 1927, p. 525.

Homme, 33 ans, depuis deux mois obstruction progressive. Occlusion brutale 6 heures avant.

Laparotomie : Tumeur contenant presque tout le grêle, anneau étroit à gauche du cœcum où s'engagent deux anses. Débridement de l'anneau et de la paroi antérieure du sac, gangrène large du grêle qui est réséqué sur 327 cm. de long. Anas-tomose iléo-cœcale termino-latérale. Guérison.

Deux mois plus tard occlusion par des adhérences. Libération, guérison. Guérison maintenue sans amaigrissement plusieurs mois après la large résection intestinale.

Il est surprenant que l'on ait pas noté plus souvent le volvulus du grêle dans ces volumineuses hernies. PROUST, rapportant l'observation d'OBERLIN, dit avoir rencontré une fois un volvulus partiel. Nous avons pu en trouver un autre :

OBSERVATION XIV (résumée).

IBARZ : *Bulletin de la Société de Chirurgie de Montévidéo*, T. III. N° 8, p. 165-168.

Un malade de 54 ans vient de mourir dans le service, après un transport de 160 km. en auto. Les constatations cliniques montrent une évolution particulièrement rapide (12 h.) et, sur un ballonnement abdominal généralisé, dans l'hypocondre droit, une tumeur globuleuse et rénitente.

A l'autopsie, on constate un volvulus partiel du grêle portant sur sa moitié inférieure. La moitié supérieure est presque en entier engagée dans un sac retropéritonéal. Ce sac est en entier à droite du rachis. On y peut introduire la main.

Enfin l'étranglement a, dans le cas suivant, pris le type de l'étranglement en w. :

OBSERVATION XV (résumée).

TAKASHIMA, HIRANO et IKEDA : *Zentralblatt f. Chir.*, T. 62, N° 16, 20 avril 1935, p. 922-925.

Malade de 20 ans arrivé à la 36^e heure, d'un iléus suraigu, moribond.

Le ventre ouvert, on vit, en relevant le colon transverse, une tumeur grosse comme une tête d'adulte, dont l'enveloppe mince et transparente laissait apercevoir, à son intérieur, des anses intestinales distendues et noirâtres ; au-dessous de cette tumeur, vers le milieu du ventre, d'autres anses ayant le même aspect gangréné ; et derrière celles-ci des anses normales correspondant à la partie terminale de l'iléon. Un examen plus attentif montra qu'il existait une hernie retro-péritonéale paraduodénale droite. Par le collet de la hernie passaient :

1° L'anse initiale du jejunum, non étranglée et mobile sur une longueur de 1 m. 50.

2° Le segment suivant du jejunum, étranglé en W, avec 2 anses dans le sac et une dans le ventre, la longueur totale de l'intestin gangréné mesurait 3 m. 50.

LÉSIONS ASSOCIÉES A LA HERNIE. — Dans la règle, les autres organes abdominaux sont normaux et indemnes, cependant il n'est pas sans intérêt de relever l'existence de lésions appendiculaires dans les cas de BROHEE (Obs. XI) de FLECHTENMACHER (Obs. VI), et dans celui que nous rapportons, elles peuvent, sans doute, déclancher des phénomènes d'obstruction, par parésie des anses. Plus intéressantes encore sont les observations dans lesquelles on a noté la persistance de vestiges omphalo-mésentériques, susceptibles de troubler

l'évolution embryologique de l'anse intestinale, en mettant l'intestin dans des conditions mécaniques qui entravent la rotation normale ou gênent la coalescence. Ces vestiges étaient particulièrement importants dans notre observation ; ils sont encore signalés dans les cas de LONGACRE (Obs. IX) et de FLECHTENMACHER (Obs. VI).

Enfin la coexistence avec une hernie inguinale étranglée a été signalée par FORLINI, la hernie interne fut méconnue, la malade mourut et le diagnostic ne fut complété qu'à l'autopsie.

PATHOGENIE

Il faut étudier séparément la pathogénie de la hernie et celle des complications.

I. — FORMATION DE LA TUMEUR HERNIAIRE

Les divers types anatomo-pathologiques que nous avons étudiés sont suffisamment différents pour qu'il soit inutile d'insister sur l'impossibilité de leur attribuer une pathogénie identique ressuscitant ainsi les vieilles discussions de Treitz, pour qui ces hernies étaient toutes acquises et de Landzert, pour qui elles étaient congénitales.

Nous nous bornerons à exposer les divers mécanismes invoqués, tachant, au fur et à mesure, de montrer quels cas paraissent les justifier et surtout quel est leur intérêt pratique.

Quelles qu'elles soient d'ailleurs, congénitales ou acquises, ces hernies reconnaissent à la base une prédisposition congénitale.

1° dans les cas les plus simples et les plus fréquents la hernie s'engage dans une des fossettes périoduodénales de Jonnesco.

On pourrait donc théoriquement rencontrer des hernies dans la fossette duodédo-jéjunale, rétro-duodénale, duodénale supérieure et duodénale inférieure, et para-duodénale.

Si l'on se contentait de lire le titre des observa-

tions on pourrait croire que tous ces types ont été vérifiés à l'intervention.

En réalité ces fossettes sont, lorsqu'elles existent, assez exiguës, tout au plus pourraient-elles déterminer l'étranglement d'une anse grêle ou d'un pincement latéral. Or, la plupart du temps, la plus grande partie du grêle est contenu dans la poche. Celle-ci se distend, l'orifice par glissement progressif n'occupe plus la situation exacte qu'il occupait, la région est déformée par la volumineuse tumeur herniaire, et de même que les hernies inguinales obliques externes deviennent des hernies directes, les hernies péri-duodénales deviennent des hernies auxquelles suivant l'expression d'OKINCZYC, le nom de *para-jejunales* conviendrait mieux. Ce sont des hernies situées à gauche de la ligne médiane suivant progressivement le méso-colon descendant en arrière duquel elles se développent.

Leur collet se dilate jusqu'à ce qu'un obstacle se présente : cet obstacle est généralement un vaisseau artère colique gauche supérieure, ou veine mésentérique supérieure : l'arcade vasculaire de Treitz en un mot.

La présence de ce vaisseau volumineux dans le collet herniaire est l'élément essentiel que l'on doit retenir, nous aurons l'occasion d'y revenir.

La paroi antérieure du sac est donc formée de deux feuillets péritonéaux, ou plutôt de trois feuil-

lets : les deux feuillets du méso-colon descendant et la poche formée par distension du péritoine pariétal postérieur qui s'insinue en arrière de lui (Cresienzi).

2° Dans certains cas la formation anatomique qui constitue l'amorce de la hernie n'est pas une fossette duoénale, mais une anomalie vasculaire :

Par exemple, dans le cas d'OBERLIN :

OBSERVATION XVI

OBERLIN : *Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, T. LVIII, N° 25, oct. 1932, p. 1196-1197. Rapport de Proust.

Homme de 63 ans, depuis 48 heures, vomissements et douleurs vives. Laparotomie : sac formé par la paroi antérieure du feuillet antérieur du méso-colon descendant, la paroi postérieure contient les vaisseaux coliques gauches.

Dans le collet, on repère l'artère mésentérique inférieure née anormalement de la mésentérique supérieure. La portion horizontale du duodénum passe derrière le tronc commun de ces deux gros vaisseaux. Libération des anses grêles par incision du feuillet antérieur du sac herniaire. La première anse jejunaie est fixée au péritoine du collet après rétrécissement de l'orifice herniaire. Guérison.

Dans ce cas, la hernie est formé par une faux vasculaire anormale soulevée par l'artère mésentérique inférieure, la paroi antérieure du sac est donc formée par deux feuillets seulement de péritoine, le méso-colon descendant proprement dit contenant

les autres vaisseaux coliques gauches est en arrière de la hernie, dont il constitue la paroi postérieure.

3° Dans le cas précédent, on peut admettre l'hypothèse de Treitz de la hernie acquise dilatant progressivement une fossette congénitale.

Le rôle de la malformation congénitale peut être plus net encore :

Ces malformations sont, soit des vices de coalescence, soit des anomalies de la torsion de l'anse vitelline.

VICES DE COALESCENCE. — L'exemple le plus net est celui des hernies retro-mésocoliques droites qui s'engagent sous l'arcade vasculaire mésentérique supérieure accolée seulement à ses deux extrémités, l'observation de BERNARD BEIG (Obs. II) en est le type.

Ce défaut de coalescence de l'anse vitelline peut être encore plus étendu : l'artère mésentérique supérieure ne s'accolle que par son extrémité distale ; le duodénum, le pancréas restent flottants, les anses grêles s'insinuent en arrière d'eux, la hernie se forme sous le méso-colon ascendant, sous le duodénum et sous le méco-colon transverses qu'elle soulève ; en apparence la paroi antérieure du sac est formée par le ligament gastro-colique, c'est la disposition rencontrée par LORIN EPSTEIN dans un cas (Obs. VIII).

ANOMALIES DE TORSION. — Normalement le colon croît dans « l'abdomen d'abord en haut, puis en bas, empêchant l'emprisonnement de l'intestin dans son mésentère.

» Mais si la rotation de l'anse ombilicale est renversée, l'intestin grêle se trouve incarcéré en arrière des feuillets du méso-colon qui se trouve ainsi constituer les deux feuillets péritonéaux de la paroi antérieure du sac herniaire.

» C'est l'étude de la distribution de l'artère mésentérique inférieure qui permet d'affirmer qu'il en est bien ainsi ; elle force, au contraire, à rejeter toute idée de hernie rétro-péritonéale par pénétration progressive du grêle dans une fossette péritonéale. » (Guibé. Résumé des observations de LONGACRE).

Cette pathogénie s'applique au type de hernie découverte par LONGACRE (Obs. IX et X) dans lesquelles le grêle en totalité se trouve derrière le mésocolon, sans qu'on trouve, en aucun point, un orifice herniaire, un collet dans lequel s'engage une anse afférente et d'où sort une anse efférente, les vaisseaux coliques sont tous en avant de la hernie, en arrière d'elle, on ne trouve qu'un seul feuillet péritonéal avasculaire : le péritoine pariétal postérieur.

4° Restent enfin des cas d'explication plus difficile : le collet herniaire est situé dans la région

lombaire, loin de toute fossette duodénale (obs. I), ou bien au voisinage du cœcum, regardant vers la droite (HARTMANN, Obs. IV, Kuscheva, Obs. XIII). Aucun vaisseau dans le collet où la paroi du sac ne permet de penser qu'il s'agit d'un engagement sous une faux vasculaire.

S'agit-il d'une formation congénitale ? L'aspect normal ou subnormal de la paroi du sac tend à le faire admettre, mais on conçoit que si un processus de sclérose mécanique si fréquent dans les vieux sacs herniaires, ou inflammatoire comme dans les cas de COFER et PHILIPPS, est venu donner à ce sac l'aspect glacé, fibreux et épais d'un kyste de l'ovaire, on soit fortement tenté de prononcer le nom de péritonite encapsulante. N'a-t-on pas, d'ailleurs, dans des observations publiées sous ce titre, trouvé les anses entièrement saines, libres et faisant hernie dès l'incision du sac (BAZY, rapport de la Société de Chirurgie 1932).

5° Cette étude pathogénique nous permettra enfin d'éliminer du cadre des hernies rétropéritonéales, des observations publiées cependant sous cette rubrique, mais dans lesquelles manque cet élément congénital prédisposant, qui paraît essentiel : Les unes résultent d'un processus de péritonite adhésive, le grand épiploon adhère par ses bords au cadre colique et encapsule les anses (Obs. VII), à aucun moment, il ne s'est produit une hernie,

Les autres seraient beaucoup plus volontiers rangées sous la dénomination de diverticule du duodenum, si la haute autorité d'HARTMANN ne les avait pas admises dans le groupe des hernies de Treitz :

OBSERVATION XVII (résumée).

CHRISTOPHE. Duodéno-jejunostomie pour hernie de Treitz. (*Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie*, T. LII, 1926, p. 1.000). Rapport de HARTMANN.

Homme, 37 ans, alternatives de constipation douloureuse avec vomissements et de diarrhée et tumeur de l'hypocondre gauche, dure, bosselée, du volume d'une mandarine.

Première opération. — Tumeur accolée à la quatrième portion du duodénum, ganglions dans le voisinage. On referme sur le diagnostic de tumeur ganglionnaire rétropéritonéale.

Huit mois après radiographie : énorme stase avec dilatation duodénale, amaigrissement extrême.

Deuxième opération. — Laparotomie : on retrouve la tumeur et on fait une duodéno-jejunostomie, on ouvre la tumeur à parois assez épaisses d'où s'écoule quelques centimètres cubes de liquide. On prélève un fragment pour examen histologique. Drainage par tube, fermeture partielle.

Suites. — La structure du fragment montre une paroi intestinale normale, des aliments digérés s'éliminent par le drain. Décédé d'un œdème glottique en pleine convalescence.

Autopsie. — Sac rétropéritonéal de 15 cm. de long, du calibre d'une anse normale, communiquant avec le duodénum par un pertuis assez étroit. La paroi a la structure de l'intestin normal.

II. — PATHOGENIE DES ACCIDENTS

Sauf dans les cas de FLECHTENMACHER et celui communiqué par M. le Professeur ETIENNE, où des phénomènes d'appendicite chronique ont été notés, on ne retrouve d'éléments susceptible d'expliquer les accidents d'occlusion signalés dans un grand nombre d'observations.

L'obstruction et l'occlusion sont des phénomènes trop banaux dans l'évolution des hernies pour que nous nous étendions longuement sur ce point.

CHAPITRE II

ETUDE CLINIQUE

SYMPTOMATOLOGIE.

Les symptômes des hernies rétropéritonéales sont le plus souvent peu caractéristiques. Souvent même, cette situation ectopique de l'intestin ne se révèle par aucun signe, c'est la *forme latente de Brohée*. Nous avons cité les deux cas de LORIN EPSTEIN, les deux de LONGACRE, qui furent des découvertes d'autopsie ; FÓRLINI, sur 25.000 autopsies, découvrit cinq hernies rétropéritonéales, dont trois seulement s'étaient manifestées cliniquement, voici encore l'observation de CALLENDER, RUSK et NEIMIR. (Surg. Gyn. and Obstetrics, vol. 60, N° 6, juin 1935, P. 1052-1072) (résumée).

OBSERVATION XVIII

Autopsie d'un malade décédé d'affection cardiaque sans troubles digestifs. — Absence d'intestin visible à l'ouverture du ventre, tout entier contenu dans un sac formé par distension du méso-colon descendant, formant une volumineuse tumeur rétro-

péritonéale gauche, seuls les cinq derniers centimètres d'iléon sont libres. Pas d'autres lésions abdominales. L'artère colique ascendante de l'artère mésentérique inférieure, la veine mésentérique inférieure sont contenues dans la paroi antérieure du sac. L'orifice est situé au-dessous de l'angle duodéno-jejunal, limité en avant par les deux vaisseaux sus-nommés : en bas, par l'artère colique, en haut, par la veine mésentérique inférieure. Racine du mésentère anormalement courte.

Les manifestations cliniques de ces hernies, d'après BROHEES, qui base sa documentation sur 175 cas, peuvent se ranger suivant trois formes principales :

La forme constipante est la plus fréquente : les signes fonctionnels sont variables. La constipation est le principal, elle ne fait guère défaut, elle s'accompagne assez souvent de douleurs plus ou moins typiques, à caractère dyspeptique ou colitique, quand elles ont un siège fixe, en général sus-ombilical (KUNTSCHEK, STEINKE) ce symptôme acquiert quelque valeur.

La forme diarrhéique a été décrite par FORLINI, chez un soldat mort de diarrhée cholériforme.

La forme la plus caractéristique est *la forme occlusive*, l'occlusion est souvent précédée de crises d'obstruction ou de sub-occlusion, comme dans les observations de SUMMER, KUSCHEVA, HARTMANN, constituant des prodromes non négligeables, dans le cas de SORRA le diagnostic exact fut posé avant l'intervention, grâce à cette notion anamnétique :

OBSERVATION XIX (résumée).

SORRA : *Annali italiani di chir.*, An VI, fasc. 4, avril 1927, p. 412.

Homme, 43 ans, depuis plusieurs années présente des crises douloureuses de météorisme sus-ombilical gauche, avec vomissements terminés par des débâcles diarrhéiques. Brusquement, occlusion complète. Diagnostic, hernie retropéritonéale. Intervention : volumineuse hernie retropéritonéale, orifice d'entrée dans une fossette duodénale gauche. Désinvagination, fermeture de l'orifice par suture. Guérison.

Au contraire, dans le cas de BERNARDBEIG (Obs. II) de FLECHTENMACHER, dans les deux cas de COFER, de PORRIT, d'OBERLIN, de TAKASHIMA, l'occlusion d'emblée, suraiguë, fut le premier signe, elle entraîna la mort du malade en 12 heures dans le cas d'IBARZ.

SIGNES PHYSIQUES. — En dehors des périodes de rétention stercorale, suraiguë ou aiguë, la hernie n'a jamais été soupçonnée.

Lorsque des matières et des gaz sous tension s'accumulent dans les anses grèles contenues dans la hernie, deux signes de très grande valeur peuvent être constatés : la présence d'une tumeur, du péristaltisme.

La tumeur atteint souvent un volume considérable, déformant le ventre d'une manière asymétrique ; elle éveille l'idée d'un volvulus du colon

pelvien (Obs. I), d'une grosse rate (LONGACRE, Obs. X). Cette tumeur est le plus souvent sonore à la percussion. La consistance est ferme et élastique et rappelle celle d'un kyste de l'ovaire (FLECHTEN-MACHER, Obs. VI), d'une tumeur solide abdominale (STEINKE).

Sa mobilité n'a été notée que par HARTMANN : la tumeur n'est mobile que dans le sens transversal.

Le péristaltisme : signe le diagnostic d'occlusion, mais les anses bridées dans un sac souvent épais ou tendu ne soulèvent pas nettement la paroi abdominale et seul HALIWELL (Obs. V) a noté un péristaltisme bien localisé, il a pu être soupçonné dans notre observation I.

L'examen radiologique : lorsqu'il a pu être pratiqué donne des signes de grande valeur, KUNNER en a donné une étude.

La radiographie sans préparation a été faite souvent, elle montre cet aspect insufflé du grêle contrastant avec l'opacité de segments remplis de liquide, la présence d'une masse gazeuse immobile, des images d'anses avec niveaux liquides surmontés d'une bulle d'air auquel MONDOR propose de donner le nom de *Syndrome de Béclère*. Les lavements opaques donnent peu de renseignements, tout au plus le colon paraît-il repoussé (Obs. I).

L'ingestion de bouillie barytée présente de trop gros inconvénients pour être pratiquée en cas d'oc-

clusion aiguë, mais dans les obstructions incomplètes, et en période de calme, c'est-à-dire justement quand la présence d'une tumeur manque à la palpation, l'étude du transit digestif permettra de soupçonner la lésion.

L'image gastrique est repoussée en haut et paraît se mouler sur une tumeur sous-jacente (Obs. I), il existe une stase duodénale considérable avec dilatation (CHRISTOPHE, obs. XVII). Enfin des images de niveaux liquides existent dans le grêle (Obs. I).

Tous ces signes, en tous cas, doivent permettre de penser à un obstacle siégeant sur le grêle et haut placé.

DIAGNOSTIC

A moins d'un cas fortuit les formes latentes sont impossibles à diagnostiquer.

Toutefois la fréquence avec laquelle on pratique aujourd'hui un examen radiologique du tube digestif, en cas de troubles dyspeptiques ou colitiques, devrait, à l'avenir, amener de temps à autre la découvertes radiologique de hernies rétropéritonéales du grêle.

Deux conditions sont cependant nécessaires : le radiographe devra, d'une part, surveiller la manière dont se fait le transit dans le grêle, et ne pas se contenter d'examiner le fonctionnement pylorique et le transit cœcal, et, d'autre part, il faut que la hernie détermine un certain degré de stase.

En période d'obstruction ou d'occlusion, une formule de Mondor doit être retenue. « Chez l'adulte qui n'a pas de volvulus, il faut penser, en cas d'occlusion du grêle, à une hernie interne ou à un étranglement par bride. »

Cliniquement, la présence de la tumeur herniaire, dont nous avons décrit les caractères au chapitre précédent. Radiologiquement, l'examen sans préparation qui montre des images gazeuses immobiles, doivent à l'avenir permettre le diagnostic, surtout si l'on possède la notion de crises occlusives antérieures. Le syndrome est alors typique et

le diagnostic exact fut posé dans les cas de SORRA (Obs. XIX) et d'HALIWELL (Obs. V).

Lorsque les éléments symptomatiques sont incomplets, on risque fort de laisser le diagnostic en suspens, on ne saura s'il faut penser à un kyste de l'ovaire tordu chez la femme (FLECHTENMACHER) à une perforation d'ulcère (NEVAK et SUSSMANN).

En tous cas l'erreur n'est pas grave dès ce moment, car le syndrome clinique est celui d'un « abdomen aigu » et l'on intervient.

DIAGNOSTIC OPÉRATOIRE. — C'est alors que l'on risque de commettre des erreurs plus lourdes de conséquences : trois éventualités peuvent se produire :

1° On n'intervient pas par voie médiane : et l'on va directement à l'organe qui a paru malade : si celui-ci est sain, on recherche ailleurs et l'on ne tarde pas à trouver la vraie cause des accidents.

Mais si l'on trouve des lésions, on risque de méconnaître la hernie, même le ventre une fois ouvert.

Un appendice noyé dans des adhérences, la présence d'une corde fibreuse, reliquat d'un diverticule de Meckel, risquent de paraître des causes suffisantes à produire un état d'obstruction (Obs. I.). Seule, l'évolution persistante des accidents a permis de redresser à temps le diagnostic.

Une hernie inguinale (FORLINI) coexistant avec l'étranglement interne conduit à une erreur de thérapeutique à peu près inévitable, et dont la malade mourut.

2° La laparotomie faite, on trouve des lésions indiscutables d'un organe quelconque et l'on ne voit pas la hernie cachée dans la profondeur : on pratique alors une hystérectomie totale, une fixation de l'angle splénique (Brohée) et les accidents persistent.

3° On ouvre le ventre et l'on ne voit pas le grêle, tout entier caché dans une poche anormale. Il faudra, à l'avenir, se garder de conclure à l'existence d'une péritonite encapsulante, puisqu'il est maintenant admis que ce diagnostic entraîne la fermeture simple du ventre. Or, nous l'avons vu, certains cas peuvent prêter à confusion et seule une exploration attentive de la tumeur dans toute son étendue permettra d'éviter une erreur grave.

PRONOSTIC

En l'absence de tous phénomènes d'occlusion aiguë, le pronostic des hernies rétropéritonéales est très bon. Certains cas sont très longtemps compatibles avec la vie, ont peu de tendance à s'étrangler. Tous les cas opérés dans ces conditions ont guéri, tout au moins ceux qui furent publiés.

Au contraire, le pronostic de l'étranglement herniaire est, dans ces formes intra-abdominales, très grave :

1° A cause de la rapidité parfois foudroyante du sphacèle de la hernie qui, en 12 heures, amène une gangrène de 3 m. 50 du grêle dans le cas dramatique d'IBAZ, et des lésions presque aussi graves et presque aussi rapides chez les malades de BERNARDBEIG, SUMMER, COFER. Les hernies décrites sous la corde mésentérique paraissent à cet égard particulièrement graves.

2° A cause des longues manipulations viscérales qu'entraîne la désinvagination de la totalité du grêle hors de la poche herniaire, ce qui détermine un choc considérable.

Dans les 23 observations récentes que nous avons dépouillées, quatorze concernent des malades opérés en pleine occlusion, seuls les malades d'OBER-

LIN, STEINKE, BRODERSEN, KUSCHEVA et MALINOWSKY,
et celui de notre observation I ont guéri ; 9 sont
morts.

TRAITEMENT

La thérapeutique des hernies rétropéritonéales est le plus souvent un traitement d'urgence.

La seule conduite à suivre est évidemment la levée de l'étranglement.

Aussi ne nous arrêterons-nous pas au moyen proposé par Brohée et qui a été vivement critiqué par tous : il consiste pour aller au plus pressé à pratiquer une jéjuno-jéjunostomie entre l'anse afférante et l'anse efférente à l'entrée du sac sans se préoccuper des anses incluses.

Moyen singulièrement dangereux s'il existe un segment sphacélé que l'on abandonne ainsi dans le ventre et au surplus impossible à appliquer si la presque totalité du grêle est contenue dans la hernie.

LA RÉDUCTION. — Elle ne présente, dans la plupart des cas, pas de grosses difficultés, en s'aidant de pressions douces sur la poche et de tractions prudentes sur l'intestin on pourra dévider peu à peu tout le contenu.

Dans quelques observations, notamment chez notre petit malade on ne put mener à bien la tota-

lité de la réduction par ces simples manœuvres. Il faut alors essayer de débrider le collet du sac. Certaines dispositions permettent ce débridement : le sac est transparent et l'on peut s'assurer facilement qu'il n'existe aucun vaisseau dans le collet.

Plus souvent le collet est épais, siège dans la région de l'arc vasculaire de Treitz à gauche, ou sous l'arcade mésentérique supérieure à droite. Il serait très dangereux de sectionner à l'aveuglette ces vaisseaux.

La plupart des opérateurs ont alors cherché sur la paroi antérieure du sac une région avasculaire. Une incision pratiquée en ce point a permis un accès direct sur les anses herniées qui ont été réduites après expression progressive de leur contenu.

TRAITEMENT DU SAC. — Lorsque le sac est vide deux éventualités peuvent se présenter :

1° La paroi est avasculaire, on peut alors la réséquer en totalité ou presque, ainsi que l'ont fait HARTMANN, KUSCHEVA, FLECHTENMACHER et le docteur LAPYRIE, chez le malade de notre observation N° 1.

2° La paroi contient des vaisseaux coliques : On doit alors se contenter de pratiquer suivant le conseil de SORRA, une fermeture simple de l'orifice anormal par un surjet avec une aiguille fine en prêtant une extrême attention au vaisseau qui, le plus

souvent, se trouve dans le bord libre et constitue l'agent d'étranglement.

Une rechloruration systématique par voie intraveineuse s'impose en général, dès la fin de l'intervention dans ces cas d'occlusion haute du grêle.

CHAPITRE III

CONCLUSIONS

1° A propos d'une volumineuse hernie rétropéritonéale parajéjunale de la presque totalité du grêle dans un sac péritonéal lombaire gauche avasculaire, opérée dans le service de M. le Professeur ETIENNE, une revue bibliographique nous a permis de trouver 190 cas analogues publiés à l'heure actuelle.

2° Le terme de hernie rétropéritonéale parajéjunale proposé par OKINCZYK paraît plus juste que les dénominations très diverses sous lesquelles ces observations sont publiées. Il a l'avantage de ne pas préjuger de la pathogénie de ces hernies.

3° Cette pathogénie n'est pas univoque : les unes sont des hernies acquises par distention des fosses périoduodénales de JONNESCO, les autres résultent d'anomalies d'accolement des mésos ou de la rotation de l'anse vitelline.

4° La plupart du temps des vaisseaux importants sont contenus dans le collet et la paroi du sac.

5° Quelquefois latentes, ces hernies constituent une découverte d'autopsie.

Elles se traduisent plus souvent par un syndrome d'obstruction récidivante avec présence d'un météorisme asymétrique. Leur étranglement est extrêmement grave.

6° Chez l'adulte qui n'a pas de volvulus, il faut penser en cas d'occlusion du grêle à une hernie interne ou à un étranglement par bride.

7° A l'intervention, l'aspect le plus fréquemment rencontré est celui de « l'intestin grêle entièrement rétropéritonéal ». Il faut éviter de le confondre avec une péritonite encapsulante.

8° Le traitement de ces hernies est la réduction suivie de résection du sac si sa paroi est avasculaire, de suture de l'orifice lorsque des vaisseaux importants sont contenus dans la paroi et le collet.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDREWS. — Duodenal hernie ; *Surg. Gyn. and Obstetrics Chicago*, t. XXXVII, déc. 1923, p. 740.
- BERNARDBEIG. — Etranglement de la totalité de l'intestin grêle dans une hernie paraduodénale droite ; *B. et M. Société Nat. Chir.*, 1925, p. 284-287, rapport de Cadenat.
- BOLOGNESI. — Sur les hernies des fossettes péritonéales ; *La Clinica Chirurgia*, t. XV, p. 1917.
- BRODERSEN. — Un cas de hernie de Treitz avec étranglement ; *Norsk Magasin for Loegevidenskaben*, An. XCII, n° 9, sept. 1931, pp. 952-955.
- BROHÉE. — Les hernies paraejunales retropéritonéales, ou hernies de Treitz et de Waldeyer ; *Arch. Maladies App. Digestif*, t. XXI, n° 7, juillet 1931, p. 794-812.
- CABANAC. — (Voir Etienne).
- CADENAT. — (Voir Bernardbeig.)
- CALLENDER, RUSK et NEINIR. — Mécanisme, symptômes et traitement de la hernie dans le mésocolon descendant (hernie duodénale gauche) ; *Surg., Gyn. and Obstetrics*, vol. 60, n° 6, juin 1935, pp. 1052-1072.
- CHARLES. — Les replis duodénaux ; *Rev. Méd. de l'Est*, t. LIII, n° 2, 15 janvier 1925. — A propos de la morphogénèse des fossettes duodénales ; *Soc. Anat. Paris*, nov. 1925.
- CHRISTOPHE. — Duodeno-jejunostomie pour hernie de Treitz ; *B. M. Soc. Nat. de Chirurgie*, t. LII, 1926, p. 1000 ; rapport de Hartmann.
- COFER et PHILIPPS. — Hernie duodénale ; *Annales of Surg.*, vol. XCIV, n° 6, déc. 1931 ; pp. 1088-1093.
- COLEY. — Hernie duodénale étranglée ; *Archives of Surg.*, vol. XVIII, n° 3, mars 1929, pp. 868-881.

- CRYMBLE. — Le muscle de Treitz et le repli duodéno-jejunal ; *The British Med. Journ.*, n° 2598, t. 55, oct. 1910.
- ETIENNE, LAPEYRIE, CABANAC. — Hernie rétro-péritonéale paraduodénale opérée en occlusion. Guérison ; *Soc. des Sciences Médicales, Montpellier*, 19 mars 1937.
- FLECHTENMACHER. — Hernie rétro-péritonéale mésentérique avec étranglement de la totalité de l'intestin grêle ; résection du sac herniaire ; guérison ; *Zentralblatt f. Chir.*, t. LVI, n° 21, 25 mai 1929, pp. 1284-1286.
- FORTINI. — Contribution à l'étude des fossettes rétro-péritonéales et des hernies de Treitz ; *Arch. Ital. di chir.*, t. XVI, fas. 5, oct. 1926, pp. 481-512.
- FREDET. — Article péritoine ; *Traité d'Anatomie de Poirier*, t. V.
- GARBER. — Un cas de hernie duodéno-jéjunale de Treitz ; *Arch. f. Klin. Chir.*, t. CL, f. 2 déc. 1928.
- GUINARD. — Art. Abdomen ; *Traité de le Dentu-Delbet*, Paris, 1910.
- HARTMANN. — (Voir Christophe).
- HALIWELL. — Hernie paraduodénale droite ; *The British J. of Surg.*, vol. XXI, n° 83, janv. 1934 ; pp. 398-403.
- HERNANDEZ. — Hernie de la fossette para-duodénale gauche ; *Revista de Medicina Cirurg. de la Habana*, An. XXXI, (t. 31, n° 3, février 1926, p. 92.
- HUNT. — Orifices et sacs dans le ligament large comme cause actuelle ou en puissance de hernie intra-abdominale étranglée, revue de la littérature ; *Surg. Gyn. and Obstetries*, vol. 58, n° 5, mai 1934, pp. 906-914.
- IBARZ. — Un cas de hernie duodénale droite étranglée avec volvulus partiel de l'iléon ; *Bull. Soc. Chir. de Montevideo*, t. III, n° 8, pp. 165-170.
- JEANBREAU et RICHE. — *Hernies de l'hiatus de Winslow* ; 1906.
- JONNESCO. — *Hernies internes* ; Paris, 1890.
- JONNESCO et CHARPY. — Article péritoine duodenal in *Traité d'Anatomie de Poirier* ; Paris, 1910 ; t. IV.
- KUNTSCHER. — Un cas de hernie de l'angle duodéno-jejunal ; *Brun's Beitrage Zur Klinis. Chir.*, t. 161, n° 1, janvier 1935, pp. 88-103.

- KUSCHEVA et MALINOWSKY. — Une opération de hernie duodéno-jéjunale étranglée avec résection étendue de l'intestin grêle ; *Zentralblatt. f. Chir.*, t. LIV, n° 9, fév., 1927, pp. 525-588.
- LAPEYRIE. — (Voir Etienne).
- LEWIN et ELLIS. — *The British Med. Journ.*, n° 3313, 28 juin 1924.
- LONGACRE. — Hernie mésentérique pariétale (Hernie duodénale de Treitz); *Surg. Gyn. and Obstetrics*, vol. 59, n° 2, août 1934, pp. 165-177.
- LORIN EPSTEIN. — Hernie membrano-omentale au jéuno iléon : contribution à l'étude des hernies internes abdominales et remarques sur la péritonite fibreuse encapsulante ; *Arch. f. Klinisch. Chir.*, t. CLXXI, fasc. 4, sept. 1932, pp. 744-758.
- LOWER et HIGGINS. — In Hartmann.
- MASSON et ATKINSON. — Hernies dans le ligament large et remarques sur les autres hernies intra-abdominales ; *Americ. Jour. of. Obst. and Gynecol.*, vol. 28, n° 5, nov. 1934, pp. 731-738.
- MISRACHI. — *Les hernies rétropéritonéales parajéjunales* ; Thèse, Paris, 1917, n° 78.
- MONDOR. — *Diagnostics urgents. Abdomen.* Paris, 1930, Masson, éditeur.
- MORITSCH. — Au sujet de la casuistique des hernies internes ; *Deutsche Zeit f. Chir.*, t. CCXL, fasc. 8, juin 1933, pp. 614-623.
- MOYNIHAN et DOBSON. — *Retropéritonal hernia* ; Londres, 1906.
- NAGEL. — Right paraduodenal hernia ; *J. of. the American Med. Assoc.*, 15 sept. 1923, p. 907.
- NOVAK et SUSSMANN. — *The j. of the Americ. Med. Assoc.*, vol. LXXXII, n° 21, 24 mai 1924.
- OBERLIN. — Hernie totale rétropéritonéale de l'intestin grêle ; *B. M. Soc. Nationale de Chir.*, t. LVIII, n° 25, oct. 1932, pp. 1196-1197 ; rapp. de Proust.
- PORRIT. — Hernie rétropéritonéale ; *The Lancet*, vol. 227, n° 5804, 24 nov. 1934, pp. 1156-1157.
- PROUST. — (Voir Oberlin).
- SORRA. — A propos d'un cas de hernie duodénale gauche ; *Annali Italiani di Chir.*, An VI, fasc. 4, avril 1927, p. 412.

- STEINKE. — Hernie interne ; *Archives of Surg.*, vol. XXV, n° 5, nov. 1932, pp. 909-925.
- SUMMER. — Hernie rétropéritonéale congénitale ; *The British Méd. journ.*, n° 3562, 13 avril 1929, p. 678.
- TAKASHIMA, HIRANO et IKEBA. — Sur un cas de hernie paraduodénale externe avec étranglement en W de l'intestin grêle ; *Zentralblatt. f. Chir.*, t. 62, n° 16, 20 avril 1935, pp. 922-925.

VU :

Le Doyen de la Faculté,

Montpellier, le 15 mars 1937.

J. EUZIERE.

VU :

Le Président de la Thèse,

Montpellier, le 11 mars 1937.

ETIENNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 16 mars 1937.

Le Recteur :

TAILLIART.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecôle, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Etre Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'éducation que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

TABLE DES MATIERES

<i>Introduction</i>	9
CHAPITRE PREMIER	12
Etiologie	19
Anatomie pathologique	21
Pathogénie	38
CHAPITRE II. — Etude Clinique	47
Symptomatologie	47
Diagnostic	52
Pronostic	55
Traitement	57
CHAPITRE III. — Conclusions	61
<i>Bibliographie</i>	63

Imprimerie GEORGES SUBERVIE
21, rue de l'Embergue, 21
RODEZ
